CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 5

DES

SUPPURATIONS DES KYSTES

DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Mars 1903

ACAD.
MONTPELLIER
BIBL.

PAR

Daniel SERGUÉEFF

Né à Arstrakhan (Russie), le 5 novembre 1876

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

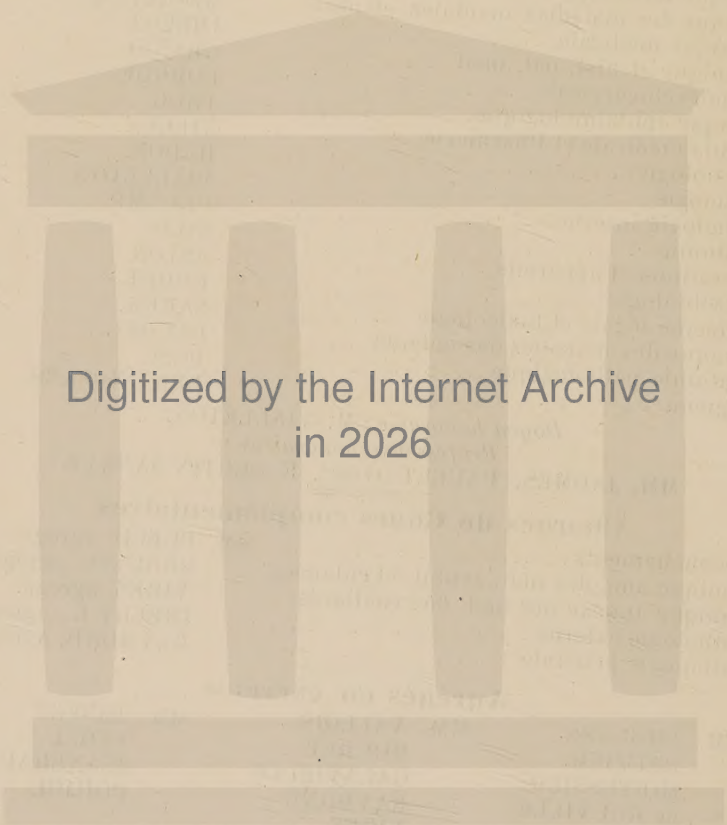
MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	JEAMBREAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545824_0036

Avant de terminer nos études, avant de quitter la vieille et glorieuse Ecole de Montpellier, nous nous sentons très heureux de pouvoir exprimer nos remerciements à tous les Maîtres de cette Faculté, de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Tédenat de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous lui devons le sujet de notre thèse et les observations qu'il a eu l'extrême obligeance de nous communiquer ; ces observations font le seul intérêt de notre travail.

Enfin, notre Maître nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le développement des kystes de l'ovaire peut se compliquer de torsion du pédicule, de formation d'adhérences et d'ascite, de rupture de la poche, d'inflammation et de suppuration du contenu.

On ne peut guère dire dans quelle proportion les kystes de l'ovaire suppurent ; mais, comparée au nombre considérable des kystes non suppurés, cette complication est fort rare. Elle est devenue encore moins fréquente depuis qu'on a abandonné la ponction et depuis que l'ovariotomie dans les cas de kystes de l'ovaire, avec les progrès de l'antisepsie, est devenue l'intervention courante.

On divise les kystes de l'ovaire suivant leur origine et leur anatomie en kystes épithéliaux, en kystes dermoïdes et muco dermoïdes. Ils se sont développés aux dépens de l'ovaire, (kystes ovariens) ; ou aux dépens des parovarium, (kystes parovariens). Et pour cette raison, ils sont pédiculisés ou inclus dans le ligament large. Les kystes sont uniloculaires ou multiloculaires. D'après leur volume on les divise en petits, en moyens et grands. Les kystes qui sont inclus dans le petit bassin ont plus de chance de voir leur contenu s'enflammer, parce qu'ils contractent facilement des adhérences avec les organes voisins ; ils sont aussi plus exposés aux traumatismes. Tandis que les grands kystes à situation abdominale, à paroi mince et

molle, ayant perdu leur forme ovoïdale, ce qui leur permet de s'insinuer entre les viscères et de s'accommoder avec la pression intra-abdominale, courent moins de dangers de traumatisme et de compression.

Les kystes dermoïdes suppurent plus fréquemment que les kystes épithéliaux. Leur contenu graisseux est, d'après les auteurs, un meilleur milieu de culture que le contenu séreux des kystes épithéliaux, et peut-être exerce-t-il en plus une action d'irritation sur la paroi. Olshausen pense qu'il faut chercher la raison de la plus grande fréquence de la suppuration des kystes dermoïdes dans leur long séjour dans l'intérieur de l'organisme : une tumeur qui reste des années dans le corps est, en effet, plus exposée aux dangers que courent toutes les tumeurs, qu'une autre dont le développement se fait rapidement. En plus, les kystes dermoïdes sont moins volumineux, ils restent dans le petit bassin et sont plus sujets à la torsion du pédicule, ordinairement assez long.

La nature du contenu kystique, sa consistance, jouent un grand rôle dans la suppuration.

D'après Mangold, plus le contenu du kyste est visqueux, épais et riche en substance colloïde, plus les microorganismes ont de la peine à s'y développer ; au contraire, un liquide plus séreux et plus fluide forme un bon milieu de culture.

Les bactéries qui pénètrent dans le kyste trouvent dans son contenu un terrain favorable à leur développement, tandis qu'elles sont bientôt détruites dans les autres parties de l'organisme.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SUPPURATIONS DES KYSTES

DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

Les kystes de l'ovaire étaient connus depuis Hippocrate. Le père de la médecine les ponctionnait, paraît-il, pour les guérir. Il est très probable que ces tumeurs suppuraient alors comme aujourd'hui. Mais ce n'est qu'à la fin du dix-huitième siècle que l'on a commencé à publier des observations cliniques sur la suppuration des kystes de l'ovaire.

En effet, la première observation que l'on rencontre dans la littérature chirurgicale est celle de Herbiniaux, de Bruxelles, publiée dans son *Traité d'accouchement* (1794). Il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré chez une femme, dont Herbiniaux avait extrait l'enfant par une craniotomie. L'ouverture s'était faite spontanément dans le vagin.

Antoine Portal relate, dans son *Anatomie médicale*

(1804), un kyste de l'ovaire suppuré ayant causé la mort par accidents septicémiques.

Philips publie, dans *The Med. and Chir. Transactions* (1818), l'observation d'un kyste dermoïde suppuré ouvert dans la vessie.

En 1820, Raiken, de Gand, publie un mémoire sur un cas de kyste dermoïde de l'ovaire suppuré, perforé, à la face interne duquel étaient implantées douze dents.

Marchal, de Calvi, parle, dans les *Annales de chirurgie française et étrangère* (1844) d'un kyste dermoïde suppuré et compliqué de grossesse. L'accouchement prématuré a suivi la suppuration.

Montgoméry décrit en 1846 (in *Dublin journ. of Med. soc.)* un kyste de l'ovaire suppuré qui s'était ouvert à l'extérieur par la paroi abdominale.

E. Nélaton présente, en 1853, à la *Société de chirurgie*, un kyste suppuré et ouvert dans la fosse iliaque et dans l'intestin.

L'année suivante, Lhonneur présente à la même Société le cas d'un kyste de l'ovaire suppuré.

Civiale signale, en 1860, à l'Académie de médecine, un kyste de l'ovaire suppuré et ouvert à la paroi abdominale.

La même année Mayer publie à Berlin, dans la *Deutsche Klinik*, le cas d'un kyste suppuré. Le kyste contenait du gaz et donnait un son tympanique très prononcé.

Dans tous ces cas, la suppuration avait causé la mort.

Pour la première fois, Desprès présente, en 1864, à la *Société de chirurgie*, l'observation d'un kyste de l'ovaire suppuré qui guérit. Il expose les symptômes et le diagnostic différentiel de la suppuration, ainsi que son traitement. Desprès ponctionnait la tumeur et mettait une canule à demeure.

En 1865, Keith pratique avec succès l'ovariotomie pour un kyste suppuré.

Gosselin, en 1869, fait, à la Charité, une leçon clinique (recueillie par A. Dubrueil) sur l'inflammation et la suppuration des kystes de l'ovaire.

L'année suivante, Demarquay présente à la *Société de chirurgie* le cas d'un kyste de l'ovaire adhérent à la paroi abdominale et contenant un liquide fétide et du gaz. Demarquay avait traité le kyste avec succès, par l'ouverture large à la pâte de chlorure de zinc.

Malgré toutes ces communications la suppuration des kystes de l'ovaire n'est pas bien connue. Gallez dit, dans l'*Histoire des kystes de l'ovaire* (1873) « que la suppuration » est un fait exceptionnel.

Keith, qui en 1865 avait pratiqué l'ovariotomie pour un kyste suppuré, publie, en 1875, dans *Edimb. Med. Journal,* huit cas de kystes suppurés, traités par l'extirpation complète.

En 1878, Kœberlé étudie longuement, dans son *Traité des maladies des ovaires,* l'étiologie et les symptômes de suppuration des kystes de l'ovaire et insiste sur l'urgence d'intervention.

Spencer Wels, en 1883, étudie l'étiologie (d'après lui la ponction serait la cause de la suppuration), les types cliniques, le contenu du kyste, l'évolution et le pronostic.

En 1885, Page (*Brit. Med. Journ.*), abordant la question de pathogénie, cite un exemple où l'infection était due au tissu cellulaire rétrocœcal.

L'année suivante, Olshausen, du *Krankheiten der Ovarien,* étudiant également la pathogénie, attribue la suppuration aux adhérences avec l'intestin, surtout après la torsion du pédicule.

Péan discute aussi, dans ses leçons cliniques (1890), la

pathogénie et les symptômes de la suppuration des kystes de l'ovaire.

Pozzi signale, la même année, la fréquence assez grande des adhérences intestinales comme cause de la suppuration.

En 1891, Delbet, se basant sur 55 observations publiées jusqu'à cette époque, traite méthodiquement *(Suppurations pelviennes chez la femme)*, la suppuration des kystes de l'ovaire.

Lair, dans sa thèse sur la *rupture des kystes de l'ovaire* 1892, étudie l'état de la paroi kystique.

En 1895, Mangold, dans sa thèse de Bâle, étudie les kystes suppurés au point de vue bactériologique.

Bouilly, en 1896, dans un article paru dans la Gynécologie, rapporte plusieurs observations précédées d'une étude méthodique.

A la même époque Féraud, de Bordeaux, soutint une thèse sur *les kystes de l'ovaire suppurés.*

En 1897, Heinricius de Helsingfors fait un résumé de la question, suivi des observations.

En 1898, Ch. Greem Cumston *(Septic infection of ovarian kystome. Amer. Journ. of Obst.)* résume la thèse de Féraud et insiste sur l'intervention immédiate.

Martin *(Krankheithen der Weiblichen adnexorgane* 1899) adopte la division en infection saprophytique et en infection septique.

Mauclaire (*Annales de gynécologie,* 1901) présente deux observations de kystes suppurés à contenu aseptique.

Enfin Lemoine dans sa thèse toute récente sur la suppuration des kystes de l'ovaire (Lyon 1903) insiste beaucoup sur l'infection d'origine appendiculaire.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les germes pathogènes de l'extérieur pénètrent dans le kyste à la faveur d'une ponction (obs. III), d'une incision ou d'un drainage. Cette voie de pénétration n'existe presque plus depuis les progrès de l'antisepsie et depuis que la ponction exploratrice est abandonnée.

Les microbes peuvent déjà exister dans l'organisme normalement (tube digestif, vagin, etc.), ou y pénétrer grâce à une maladie locale ou générale. Dans ces cas, ils sont apportés jusque dans le kyste par trois voies différentes :

1) Ils ont pénétré dans la circulation générale et sont transportés dans le kyste par le sang artériel. C'est une véritable métastase.

2) Les veines peuvent servir de chemin pour la propagation de l'infection : une phlébite d'une veine utérine, à la suite d'une métrite gonococcique ou d'une infection puerpérale, peut s'étendre au plexus pampiniforme et, de là, à une ou plusieurs veines de la paroi du kyste. D'après certains auteurs, ce mode de propagation de l'infection est plus fréquent qu'on ne croit.

3) Les vaisseaux lymphatiques servent le plus souvent de voie aux microbes.

Normalement, l'ovaire et la trompe sont reliés par des

connexions vasculaires importantes. Les vaisseaux lymphatiques qui émanent du pavillon de la trompe suivent le ligament latéral externe de l'ovaire et se jettent dans le plexus sous-ovarique. D'autre part, le réseau lymphatique qui recouvre la surface de l'ovaire communique largement avec celui du péritoine ; il suffit, d'après Weldeyer, de piquer l'ovaire avec un tube à injection lymphatique pour injecter tout le réseau de la séreuse abdominale.

Ces relations vasculaires et lymphatiques sont augmentées dans les cas où les organes voisins du kyste subissent un processus inflammatoire et contractent des adhérences avec lui. En effet, il est démontré que les adhérences sont très riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques néoformés. Les auteurs citent nombre d'observations de kystes de l'ovaire où le pédicule était rompu et le kyste continuait à vivre, grâce aux adhérences par lesquelles se faisaient les échanges nutritifs.

Ces connexions normales ou pathogéniques expliquent suffisamment la possibilité de propagation de l'infection.

Dans les antécédents de la malade porteuse d'un kyste suppuré, on trouve souvent une maladie générale ou locale.

Le plus souvent, il s'agit des suites septiques des couches ou d'un avortement. Il n'est pas nécessaire, d'après Bouilly, que l'infection puerpérale soit à grand fracas (obs. II). Il est difficile de dire dans ces cas quelle voie les germes pathogènes ont suivie pour aller infecter le kyste : est-ce la voie lymphatique ? est-ce à la faveur d'une thrombose veineuse s'étendant jusque dans la paroi du kyste, ou, après avoir pénétré dans la circulation générale, ont-ils été transportés par le sang ? Bouilly pense que ce sont les lymphatiques qui servent le plus souvent

de voie à l'infection ; Mangold, au contraire, croit que c'est la voie sanguine.

Les affections de l'appareil génital non puerpérales ont été souvent incriminées. Un pyosalpinx adhérent était assez souvent mentionné (Obs. IV). C'est à la suite de péri-salpingite que les adhérences se sont formées, livrant ainsi passage aux germes infectieux. Dans l'observation II on trouve un kyste bilatéral, avec double pyosalpinx.

L'infection peut venir du péritoine, à la suite d'une péritonite enkystée. Dans presque toutes les suppurations, on a trouvé les bacilles de Koch dans le pus ; il s'agissait en même temps de tuberculose péritonéale ou génitale. On a trouvé sur le côté externe de la paroi des foyers tuberculeux ; l'infection vient donc du péritoine. Dans d'autres cas, au contraire, le kyste était rempli de matière caséeuse et la paroi interne semée de granulations, tandis que la paroi externe était saine et sans adhérences. Dans ces cas, il faut admettre que les bacilles tuberculeux sont venus avec le sang.

L'infection d'origine intestinale est généralement admise. Et peut être, est-ce l'intestin qu'il faut incriminer dans tous les cas où on ne trouve pas d'autres causes. Olshausen, le premier, parle de ce mode d'infection ; il n'est possible qu'à la condition qu'il y ait déjà des adhérences entre l'intestin et le kyste. Les adhérences se forment à la suite de la desquamation de l'épithélium de la séreuse intestinale et de l'épithélium qui revêt la paroi externe du kyste. Le kyste n'est séparé pour ainsi dire de la cavité intestinale que par la couche muqueuse de l'intestin. Une entérite ou une fièvre typhoïde altérant celle-ci, permettent aux microbes qui se trouvent dans l'intestin d'arriver facilement jusqu'au kyste. La présence fréquente

de *bacterium coli commune* et d'autres bactéries non pathogènes dans le pus, prouve aisément la possibilité de ce mode d'invasion (Obs. I). Dans quelques cas de suppuration post-typhoïdienne où on a trouvé le bacille d'Eberth (Obs. VI), les auteurs admettent que l'infection s'est propagée par la voie sanguine. Les abcès, les ostéites et une foule d'autres complications au cours d'un fièvre typhoïde ou dans la convalescence sont assez fréquemment observés. Mais dans le cas de kyste, aussi bien et peut être encore plus facilement, l'infection peut passer directement de l'intestin enflammé au kyste. La coexistence avec le bacille d'Eberth des différentes espèces microbiennes semblerait être en faveur de ce mode d'invasion.

Chose difficile quelquefois, c'est de savoir si les adhérences sont antérieures ou postérieures à l'inflammation du kyste.

Au même titre que l'intestin, l'appendice malade peut être cause de la suppuration. L'origine appendiculaire de certaines salpingo-ovarites, par intermédiaire des adhérences, est démontré (Pozzi). Clado a décrit un ligament appendiculo-ovarien, dont l'existence n'est pas admise par tous les anatomistes.

Enfin il y a quelques observations où on a vu survenir la suppuration après la grippe, la pneumonie. On a même trouvé dans le pus des diplocoques ayant les caractères du bacille pneumonique (Schauta).

Le bacille qui a déterminé la maladie a-t-il provoqué la suppuration lui-même, ou a-t-il ouvert secondairement la porte à l'infection en affaiblissent l'organisme, ou en augmentant la virulence des microbes saprogènes?

Mais à côté de ces causes immédiates n'y en a-t-il pas d'autres qu'on pourrait appeler causes adjuvantes, qui

mettent le kyste dans un état d'infériorité de défense et facilitent son invasion par les agents de la suppuration ?

Ainsi la torsion du pédicule. Cette complication peut avoir des conséquences différentes ; d'abord le matériel de la nutrition peut être supprimé et par suite le kyste va s'atrophier. Dans d'autres cas, la torsion se produisant soudainement peut conduire à la mortification de la tumeur, qui aboutit au ramollissement de la paroi et à sa perforation. Le plus souvent, la torsion est incomplète. Les veines, plus minces que les artères, sont comprimées les premières.

L'apport artériel continuant à se faire, il se produit des phénomènes de stase ; la tumeur augmente brusquement de volume, devient œdémateuse ; une déchirure d'une veine de la paroi ou d'une cloison se produit et l'hémorragie intrakystique se fait. Si le sang épanché contient quelques microorganismes, les phénomènes d'inflamma- et de suppuration vont se produire.

Quoi qu'il en soit, la torsion du pédicule entrave la circulation et la nutrition du kyste.

Les réactions inflammatoires se produisent ; l'épithélium qui tapisse la paroi externe du kyste se desquame et les adhérences avec l'intestin et d'autres organes voisins se forment, permettant ainsi la migration des agents de la suppuration (obs. I, IV).

On a vu survenir la suppuration après un traumatisme : chute, coup de pied dans le ventre, etc. Dans ce cas il se fait une hémorragie intrakystique ou mortification de la paroi.

La grossesse et le travail jouent encore un rôle évident. La grossesse met tout l'organisme de la femme dans un état de moindre résistance. L'auto-intoxication gravidique est bien connue des accoucheurs.

La vascularisation intense du niveau des organes génitaux doit retentir sur le kyste. Celui-ci reçoit une plus grande quantité de sang et augmente rapidement de volume.

En effet, nombreuses sont les observations dans lesquelles une femme enceinte, porteuse d'un kyste de l'ovaire, voit son ventre s'accroître rapidement et prendre quelquefois un volume considérable. Pendant toute la période de gestation, et surtout au moment du travail, le kyste est comprimé, subit des traumatismes, ce qui peut être la cause d'une réaction inflammatoire.

Les cas de rupture du kyste au moment du travail ne sont pas très rares.

Enfin, dans une observation, Schauta incrimine la menstruation et le coït d'avoir causé la suppuration.

La première agirait en congestionnant les organes du bassin et en augmentant la virulence des microorganismes qui se trouvent normalement dans le vagin. Le coït agirait de la même manière, peut-être aussi en causant quelques traumatismes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'ouverture de l'abdomen, la paroi du kyste se présente lisse, s'il n'y a pas d'adhérences, ou dépolie, enflammée, parsemée de plaques rouges, sillonnée de gros vaisseaux veineux, de couleur jaune feuille morte ; d'aspect fibreux, grisâtre, quand la suppuration est de longue date.

Presque toujours il existe des adhérences entre la tumeur et les organes voisins ; elles sont récentes, lâches, facilement décollables avec le doigt ou, au contraire, épaisses, saignantes et si solides, qu'on est obligé de les couper entre deux ligatures. Quelquefois les adhérences lient si intimement la tumeur à l'organe voisin qu'une dissection minutieuse est nécessaire ; et même on peut être forcé d'abandonner dans la cavité abdominale la partie adhérente du kyste.

L'ascite est assez fréquemment constatée ; mais en général l'épanchement n'est pas considérable. Le péritoine contient quelquefois du pus, dû à une péritonite enkystée ou à la perforation du kyste.

La paroi du kyste est mince ou épaissie, régulière ou non, de consistance inégale dans ses différentes parties, quelquefois ramollie, se laissant facilement déchirer. La paroi interne a un aspect velouté, gris ; elle peut présen-

ter des végétations ou être couverte d'une couche de fibrine.

L'examen microscopique de la paroi montre que le plus souvent elle a conservé sa structure normale. Cependant l'épithélium de la face externe a disparu par places sous l'influence du processus inflammatoire, permettant ainsi la formation des adhérences. Plusieurs fois on a trouvé la paroi infiltrée par les tubercules, siégeant du côté du péritoine ou du côté de la cavité kystique et indiquant ainsi la voie d'invasion. Les différents procédés de coloration ont permis de découvrir la présence de bactéries dans la paroi et dans les adhérences qui liaient le kyste à l'intestin. On a noté dans quelques observations la dégénérescence sarcomateuse de la paroi (Lannelongue).

Le pus est en quantité fort variable suivant le volume du kyste ; en moyenne de 1 à 3 litres.

Il est floconneux, sale, jaunâtre, verdâtre et a une légère odeur ; dans d'autres cas, il est crémeux, rouge, couleur chocolat ; d'une odeur repoussante. De consistance variable suivant la nature du kyste.

L'examen microscopique direct et surtout les ensemencements et les inoculations ont permis de découvrir dans le contenu des kystes suppurés, différentes espèces microbiennes.

Le streptocoque (obs. I) et le staphylocoque sont le plus souvent mentionnés, seuls ou associés. Presque toutes les suppurations d'origine génitale ou celles qui surviennent après la ponction sont dues à ces agents.

Le *bacterium coli commune* (obs. I) et d'autres saprophytes ont été souvent trouvés ; indiquant ainsi l'origine intestinale de l'infection.

Le bacille d'Eberth pur (obs. VII) a été observé trois ou quatre fois ; mais le plus souvent il est associé.

Le bacille de Koch, plusieurs fois.

Enfin, il y a une observation (Schauta) où le diplocoque de la pneumonie a été trouvé.

Il n'est pas rare qu'on ne trouve dans le contenu que des globules de pus et des débris cellulaires et non des éléments vivants. Le pus est sans microbes, aseptique.

Plusieurs auteurs admettent (Mangold) que le contenu kystique peut se transformer en pus sans nécessiter l'intervention des agents de la suppuration ; les kystes dermoïdes surtout peuvent voir leur contenu subir des modifications chimiques qui amèneront la suppuration aseptique par action d'irritation, qu'ils exercent sur la paroi.

D'autres pensent que les microbes ont existé à un moment donné, mais qu'ils ont disparu, sous l'influence nuisible de leurs propres toxines. Peut-être les études bactériologiques n'étaient pas suffisantes et se bornaient seulement à rechercher les aérobies sans s'occuper des anaérobies ?

Quoi qu'il en soit, on peut citer des cas où le contenu kystique tombé dans la cavité péritonéale n'a pas provoqué de réaction inflammatoire ; ce serait bien une preuve de son asepsie au moins cliniquement (obs. V et VI).

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la suppuration des kystes de l'ovaire est variable. Aux symptômes qui sont provoqués par la présence de la tumeur dans l'abdomen, s'en ajoutent d'autres qui sont dus en propre à cette complication. L'acuité ou la torpidité des signes par lesquels elle se manifeste est en rapport avec la nature de l'infection. Il serait même possible, selon Martin, de diagnostiquer avec plus ou moins de certitude la nature de l'agent infectieux, suivant la gravité, plus ou moins grande, des symptômes.

Elle varie aussi suivant la nature du contenu kystique, milieu plus ou moins propice à la pullulation des bactéries.

L'état de la paroi, son épaisseur, la rapidité plus ou moins grande avec laquelle elle est envahie par l'inflammation pourraient jouer aussi un grand rôle par le retentissement précoce ou tardif sur le péritoine.

Mangold et après lui Bouilly et d'autres divisent l'infection des kystes, suivant les symptômes, en infection saprophytique et en infection septique.

Dans les cas d'infection saprophytique, les débuts sont insidieux, la suppuration s'installe pour ainsi dire chronique d'emblée. La malade ressent de la pesanteur dans le bas-ventre. Elle se plaint de malaises, de douleurs

vagues dans les reins, le bas-ventre. Ces douleurs sont plus vives à l'époque des règles. Des frissons surviennent de temps en temps, la température s'élève, mais n'est jamais bien haute et peut même disparaître plus tard. Le pouls devient fréquent, mais bien frappé pendant longtemps. L'état général est bon, mais peu à peu la malade perd l'appétit, digère mal, maigrit. Des poussées aiguës surviennent avec vomissements, ballonnement du ventre. La diarrhée est fréquente. Les sueurs, pendant la nuit, empêchent la malade de dormir.

Les phénomènes de compression peuvent survenir : œdème des membres inférieurs, troubles urinaires, constipation, troubles dyspnéiques et paralysie des membres inférieurs, due à la compression du plexus sacré et lombaire.

La quantité de l'urée tombe. La nutrition se fait mal et la malade, affaiblie et intoxiquée, tombe petit à petit dans la cachexie.

L'infection par bacille coli et, en général, toutes les infections d'origine intestinale, semblent rentrer dans cette catégorie.

Dans les cas d'infection septique aiguë, tous les symptômes précédents se rencontrent, mais leur acuité est bien plus grande. Les douleurs sont plus fortes, souvent généralisées à tout le ventre, qui est ballonné. La température est élevée, allant parfois jusqu'à 40 degrés. Le pouls est petit, rapide. Les vomissements apparaissent, bilieux, verdâtres, indiquant la participation du péritoine. La malade a des frissons. La fièvre devient à grandes oscillations, avec exacerbation vespérale et rémission matutinale, indiquant la résorption des produits septiques.

Dans les cas graves, on voit survenir la dissociation entre la température et le pouls ; c'est-à-dire la tempéra-

ture n'est pas très élevée et peut même tomber, tandis que le pouls devient très fréquent, faible, mal frappé. Le tableau ressemble de près à celui de la péritonite, mais les symptômes sont moins accentués, d'après L. Tait.

La suppuration survenue après un accouchement ou après une ponction prendrait ces caractères.

Mais tout cela est un peu schématique, classé. En pratique, une division pareille des différents cas n'est pas possible.

On apprend souvent que quelques mois après son dernier accouchement, une autre maladie où, sans aucune cause appréciable, la malade, sachant déjà qu'elle est porteuse d'un kyste ou ne le sachant pas, voit son ventre grossir rapidement et devenir douloureux.

Cette augmentation rapide de l'abdomen est due à la congestion de la tumeur produite par le processus inflammatoire. Ce serait là un signe de grande valeur, presque pathognomonique. Mais faut-il encore que la tumeur ait déjà un volume assez considérable avant l'inflammation pour que son augmentation puisse être perçue par la malade.

La douleur est un bon signe ; elle indique l'inflammation, mais n'a rien de caractéristique et se rencontre dans toute suppuration pelvienne. Son acuité plus ou moins grande serait peut-être en rapport avec l'épaisseur de la paroi et avec la pression intrakystique. Généralisée, elle indique la participation du péritoine.

DIAGNOSTIC. — ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

Le diagnostic d'un kyste suppuré de l'ovaire n'est pas difficile si l'existence de la tumeur est connue du médecin ou de la malade; c'est le cas des gros kystes à situation abdominale.

Mais si le kyste est petit, si la malade ne se savait pas porteuse d'une tumeur, le diagnostic est souvent posé après l'ouverture de l'abdomen.

La connaissance des antécédents est de toute nécessité; il faut savoir si la malade a été toujours bien réglée, si elle n'a pas eu des métrorrhagies, si elle n'a pas eu quelques affections génitales, etc.

Il faut procéder à l'inspection de l'abdomen, à sa palpation et ensuite au toucher bi-manuel.

Si le ventre est gros, distendu, couvert de lacis veineux, on se convainc de l'existence du kyste d'après la forme de l'abdomen, d'après le siège de la matité et de la sonorité, etc. Mais le kyste peut contenir du gaz, qui rend le diagnostic singulièrement difficile. Une ponction peut lever le doute (Bouilly).

Si le kyste est tendu, adhérent à l'utérus, si on ne sent pas la fluctuation, on peut le prendre pour un fibrome.

Si les douleurs sont généralisées, vives à ne pas permettre l'exploration, si, en même temps, il y a des vomis-

sements, du ballonnement du ventre, etc., on peut penser à la péritonite.

Le pouls pourrait donner de bons renseignements.

Les pulsations sont fréquentes, mais nettes, bien frappées ; c'est le pouls des affections inflammatoires. Si la fréquence dépasse 150-180 pulsations, si les pulsations sont faibles, il faut se méfier, il y a bien des chances pour que le péritoine soit pris (Delbet).

La figure de la malade est généralement rouge, animée dans les inflammations, pâle, immobile dans la péritonite.

L'acuité des symptômes diminue au bout de quelques jours ; elle va en augmentant dans le péritoine.

Si le kyste est petit, s'il est inclus dans la cavité pelvienne, on peut le confondre avec beaucoup d'autres affections.

Dans ce cas, les rapports de la tumeur avec l'utérus, sa mobilité, son siège doivent être rigoureusement établis.

Pyosalpinx. — Passé génital ; crises douloureuses antérieures ; troubles de menstruation. Mobilité moins grande de la tumeur, son siège sur le côté de l'utérus.

Grossesse extra-utérine en voie de s'infecter. - Suppression des règles, signes de grossesse du côté des seins ; accroissement régulier de la tumeur et de l'utérus ; quelquefois l'expulsion d'une caduque. Hématocèle rétro-utérine enflammée. - Début brusque par une douleur violente, sans fièvre ; développement rapide de la tumeur, qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et fait corps avec l'utérus. Apparition de la fièvre quelques jours après la crise.

Appendicite. — Douleurs plus accentuées au point de Mac-Burney.

Phlegmon du ligament large. — Siège latéral ; continuité avec l'utérus sans sillon de séparation ; l'immobilité.

Le diagnostic est plein de difficultés ; mais la gravité de l'erreur est diminuée par ce fait, que presque toutes les affections avec lesquelles on peut confondre le kyste suppuré réclament une intervention semblable.

Laissée à son évolution, la suppuration comporte un pronostic très sombre.

Déjà la malade porteuse d'un kyste épithélial non suppuré est condamnée à une échéance très courte, qui est de deux ans en moyenne.

Les kystes suppurés tuent bien plus rapidement.

Dans les cas aigus, la paroi peut s'ulcérer et le contenu se déverser dans le péritoine en causant une péritonite. La mort par péritonite généralisée est rarement observée. Le plus souvent les adhérences ont eu le temps de se former et il en résulte une péritonite enkystée.

L'inflammation peut se propager par les adhérences aux organes voisins : vessie, rectum, intestin, vagin, trompe, et l'ulcération de leur paroi permet au contenu de se déverser au dehors.

Le kyste peut s'ouvrir aussi à la paroi abdominale.

Dans ce cas, la guérison complète est exceptionnelle; c'est rare que le kyste se vide complètement.

L'interminable suppuration s'établit. L'organisme finit par fléchir, sous les dépenses énormes qu'entraîne cette suppuration et la malade succombe dans la cachexie.

Les kystes suppurés, dermoïdes surtout, peuvent causer la mort par septicémie sans s'ouvrir au dehors.

TRAITEMENT

Pendant longtemps la ponction, l'incision et le drainage ont été le traitement de choix des kystes suppurés de l'ovaire.

La première ovariotomie a été faite avec succès par Keith, en 1865 ; quelques années plus tard il comptait dix interventions radicales.

Le succès de Keith a engagé les autres gynécologues à adopter ce mode de traitement ; et aujourd'hui, avec l'antisepsie rigoureuse, l'ovariotomie est devenue la seule intervention de choix. C'est à l'ovariotomie abdominale qu'il faut avoir recours.

Dès qu'un kyste suppuré de l'ovaire est reconnu, il faut intervenir. Il n'existe pas de contre-indications.

Si le malade a des accidents péritoniques, M. le professeur Tédenat fait appliquer les compresses humides de Priessnitz, et quand ils sont calmés on fait la laparatomie.

L'opération comprend plusieurs temps :

1° Incision longue de huit à douze centimètres de la paroi abdominale sur la ligne médiane, partant de l'ombilic. Incision du péritoine. Ponction de la tumeur avec un gros trocart, pour en amoindrir le volume.

2° Décollement des adhérences avec le doigt, si elles sont récentes, molles ; si les adhérences sont épaisses, vascularisées, on les coupe entre deux ligatures.

3° La tumeur mobilisée, on l'attire à l'extérieur, on arrive sur le pédicule. On lie le pédicule à la Lawson Tait, nœud en huit de chiffre, lorsqu'il est assez grêle, et on le sectionne au thermocautère. Si le pédicule est large, on pose la double ligature en chaîne de Thornton. Le pédicule sectionné, on l'enfouit sous un repli de péritoine, pour éviter les adhérences ultérieures

4° Si on ne redoute pas les phénomènes de rétention, suture de la paroi abdominale à deux points, pansement sec. Dans le cas contraire, il faut drainer : drainage à la Mickulicz avec la gaze iodoformée.

Pendant toute l'opération, il faut veiller pour que le contenu du kyste ne pénètre pas dans la cavité péritonéale. Le décollement des adhérences et l'attirement de la tumeur au dehors doivent être faits avec beaucoup de prudence, vu la facilité avec laquelle la paroi se déchire.

Si le pus a pénétré dans le péritoine, il faut faire une toilette minutieuse et drainée. Si la quantité de pus tombée dans le péritoine est petite, il vaut mieux l'essuyer avec des tampons ; dans le cas contraire on peut faire un grand lavage avec de l'eau bouillie salée à 37°. L'eau trop chaude ou froide peut causer des accidents graves.

Quelquefois il arrive que les adhérences se lient si intimement à l'organe voisin que toute tentative de décollement échoue ; dans ces cas, les auteurs conseillent de ne pas insister, mais suturer la paroi du kyste aux lèvres de l'incision abdominale, l'ouvrir et pratiquer des lavages antiseptiques suivis de drainage jusqu'à ce que la suppuration se tarisse. Même conduite à tenir dans les kystes ouverts spontanément dans le rectum ou le vagin. (Elliot.)

Si la suppuration persiste, on peut faire une contre-ouverture dans le vagin et pratiquer des lavages fréquents.

Observation Première

(Inédite. — Due à la bienveillance de M. le professeur Tédenat)

Kyste mucoïde de l'ovaire gauche. — Torsion du pédicule. — Adhérences à l'intestin grêle. — Suppuration d'une poche au niveau des adhérences intestinales. — Guérison rapide. — Accouchement normal trois ans après.

Zulma Sous..., 30 ans, ménagère, est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur Maquet, de Ganges, 10 novembre 1891.

Réglée à 14 ans très irrégulièrement, à partir de 18 ans menstruation régulière durant 5 jours, abondante avec coliques vives pendant les deux premiers jours, peu de pertes blanches et seulement avant et après les règles.

Mariée à 26 ans. Six mois après, avortement au troisième mois, suivie de métrorrhagies avec caillots pendant quatre mois.

Il y a deux ans, accouchement à terme d'un enfant mort par circulaires du cordon. Un peu après l'accouchement, on constata une tumeur abdominale.

État actuel, 10 novembre 1891. Malade de constitution délicate. Depuis une dizaine de jours, douleurs abdominales vives. Facies rouge, grippé, langue et lèvres sèches. Pouls à 120. Temp. 39°,4. Haleine fétide. Anorexie. Constipation. Râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. Amaigrissement considérable remontant à deux ans, ayant augmenté beaucoup depuis dix jours.

Il existe une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, déjetée un peu à droite de la ligne médiane, arrondie, lisse, fluctuante, peu mobile. D'ailleurs les douleurs du ventre

rendent l'exploration difficile. Un peu d'ascite aux flancs, surtout à gauche.

Rien à noter du côté de la vulve. Vagin souple avec un vague œdème de cul-de-sac. Le cul-de-sac gauche est large, souple. Vers le cul-de-sac droit rétréci est refoulé le col. On sent les annexes droits un peu endoloris. Nous avons affaire à un kyste de l'ovaire gauche.

14 novembre. — Opération. Le repos, des compresses de Priessnitz, ont amélioré l'état de la malade. Elle souffre moins, le facies est moins grippé, mais il y a toujours de la fièvre, T. 38°9 ; P. 100.

Anesthésie à l'éther. Ouverture rapide et médiane de l'abdomen par une incision sous-ombilicale de 12 centim. Il s'écoule environ un demi-litre de sérosité. La face externe lisse, avec quelques adhérences disséminées, rouges, molles, présente des plaques ecchymotiques larges, avec trois nodules hématiques du volume d'un fruit d'amande au voisinage du pédicule.

Dans la région supérieure, court la trompe, épaissie, moniliforme, oblitérée à 3 centimètres du pavillon par un nodule fibro-myomateux, d'une dureté ligneuse. Les franges du pavillon sont souples et libres de toute adhérence.

Le pédicule a gardé sa torsion par suite d'adhérences fibreuses soudant les deux tours de spire très nets. Sur la coupe de section, on voit des veines thrombosées à parois épaisses.

Sur la grande poche est accolée une poche du volume d'un œuf à laquelle adhérait sur une étendue de 3 centim. une anse d'intestin grêle. Cette petite poche ne communique pas avec la grande. Elle a une paroi mince, rugueuse, jaune avec points d'hémorragie interstitielle à sa périphérie. On voit par transparence le pus qu'elle contient. Ce

pus recueilli avec les précautions d'asepsie habituelle grisâtre où nagent des flocons de fibrine. La main décolle quelques adhérences molles, qui ne saignent pas, et la tumeur est facilement amenée à l'extérieur.

Une anse d'intestin grêle adhère fortement à une poche kystique du volume d'un œuf, occupant la partie droite de la grande poche. Cette adhérence est décollée, sans dommage pour la paroi intestinale. Pédicule long de six centimètres, cylindroïde, du volume du pouce, tordu deux fois sur lui-même de gauche à droite. Ligature du pédicule à la Lawson Tait. Section au thermocautère. Pédicule abandonné dans l'abdomen. Suture à deux plans de la paroi abdominale. Pansement sec. L'opération a duré un quart d'heure.

La température tombe à 37°4 le soir de l'opération et ne remonte à 38°, d'ailleurs sans aucun malaise, que le 18 novembre, jour où paraissaient régulièrement les règles, qui durent quatre jours. Pouls variable entre 80 et 95.

26. — Premier pansement. Sutures enlevées. Réunion parfaite. La malade quitte l'hôpital le 8 décembre en bonne santé. En septembre 1894, elle accouche à terme après une grossesse à évolution normale.

Examen anatomique du kyste. — Arrondi, volumineux.

Il a été examiné au laboratoire du professeur Kiener : il contient de nombreux colibacilles et des streptocoques plus rares. La face interne de cette cavité kystique a le même aspect que celui de la grande cavité : tractus fibreux multiples, produisant des aréoles superficielles. Çà et là la poche présente des nodules, des plaques épaissies, d'apparence fibreuse, dans lesquelles l'examen microscopique a montré la présence de menues formations kystiques à épithélium tubique.

Aucune trace d'infection dans la grande cavité kysti que.

Il est donc à peu près certain que l'infection colibacillaire de la petite cavité kystique s'est faite, grâce aux adhérences qu'elle avait contractées avec l'intestin grêle. La torsion du pédicule a dû favoriser l'infection.

Observation II

(Inédite. — Due à la bienveillance de M. le professeur Tédenat)

Kyste ovarique bilatéral. — Double pyosalpinx. — Suppuration du kyste. Ablation. — Guérison.

Marie R... épouse V.., demeurant à Montpellier, entre le 11 juin 1895 dans le service de M. Tédenat.

La mère de la malade est morte, à 58 ans, d'une tumeur abdominale. De santé générale bonne, la malade a été réglée à 14 ans. Menstruation régulière, durant quatre ou cinq jours, d'abondance moyenne, avec douleurs assez vives dans la région sacro-lombaire.

Accouchement au forceps à 18 ans. Accouchement naturel à 22 ans. Depuis le second accouchement, souffrances habituelles dans les reins, le bas-ventre, les cuisses, plus vives à l'époque des règles, qui durent huit jours. Il y a cinq ans, métrorrhagie pendant deux mois, accompagnée de vomissements, ballonnement du ventre.

Il y a trois semaines, difficultés pour uriner qui durent huit jours, fièvre, ballonnement du ventre, nausées et vomissements, douleurs lancinantes dans les reins et le ventre. On constate alors l'existence d'une tumeur plus développée du côté droit du ventre, et atteignant presque l'ombilic.

A l'entrée de la malade à l'hôpital on note : tumeur occupant la moitié droite du ventre, dépassant la ligne médiane de quatre travers de doigt, elle remonte à trois doigts au-dessus de l'ombilic. Elle bombe dans la moitié droite du Douglas, rejetant l'utérus en arrière et à gauche. Le col est granuleux, induré. Œdème dur du cul-de sac postérieur. La tumeur est nettement fluctuante, douloureuse.

A gauche, seconde tumeur analogue à celle de droite, dont elle est bien distincte, mais beaucoup plus petite. Son fond remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Le cul-de-sac gauche est douloureux et induré.

Pour calmer les accidents péritonitiques d'ailleurs peu menaçants, M. Tédenat fait appliquer le maillot humide de Priessnitz. La malade rend peu d'urine, 5 à 600 grammes avec 0,50 d'albumine et 6 grammes d'urée. Pour augmenter la diurèse, elle prend, matin et soir, un lavement salé, à garder, de un demi-litre.

Les douleurs étant calmées, l'urine plus abondante (12 à 1500 grammes), le taux de l'urée plus élevé (16-18 grammes), la laparatomie médiane est pratiquée le 22 juin 1895.

La trompe droite adhère mollement à la paroi abdominale antérieure. Elle contient dans son tiers externe une collection de pus du volume d'un petit œuf de poule et adhère fortement à un kyste de l'ovaire droit arrondi, ayant environ vingt-cinq centimètres de diamètre. Adhérences molles, récentes de l'intestin grêle à la partie postéro-supérieure du kyste. Elles sont facilement décollées et le kyste avec le pyosalpinx lui adhérant sont amenés au dehors. Section du pédicule au ras de l'utérus. Thermocautérisation de la ligne de section, qui est enfouie sous un surjet.

A gauche, kyste à parois minces, du volume d'une orange. A sa partie antéro-inférieure, on voit l'ovaire avec un corps jaune récent ; à sa partie postéro-supérieure est la trompe épaissie, adhérente avec un pyosalpinx du volume d'une grosse noix. Ablation comme pour le côté droit.

Mickulicz. L'opération a été rapide, sans épanchement de sang ou de liquides pathologiques dans le péritoine.

23 juin. — Nuit bonne. Température 37°4. P. 100 le matin, 37°8. P. 110 le soir. Etat général bon.

Tout va très bien jusqu'au 28 juin, où le Mickulicz est enlevé. Urine abondante. Défécation normale, pas de douleurs.

1er juillet. - Sutures enlevées. Réunion parfaite, sauf sur une longueur de deux centimètres en bas pour le passage du drain.

5 juillet. — Petite fistule stercorale. La malade est purgée. Compresses humides.

20 juillet. — La fistule est fermée depuis trois jours. Elle a toujours donné très peu d'écoulement, jamais de gaz.

Guérison complète le 28 juillet. Ventre souple et indolore. M. Tédenat a revu la malade a plusieurs reprises jusqu'en mai 1900. Elle jouissait d'une bonne santé sans aucuns troubles somatiques, psychiques ni génitaux.

Examen des pièces. — Le kyste de l'ovaire droit forme une grande poche contenant un litre et demi de pus crémeux, ayant la fétidité particulière au pus développé au voisinage de l'intestin. Trois petites cavités kystiques dans l'épaisseur de la paroi. Masse solide, du volume d'une grosse noix, à la face interne, sur laquelle courent plusieurs travées formant une saillie de un à deux centimètres.

La trompe a son pavillon fermé et adhérent à l'ovaire ;

les franges sont fortement soudées entre elles et à la surface du kyste ovarien. Pyosalpinx.

Le kyste de l'ovaire gauche contient un demi-litre de liquide séreux clair. Sa paroi est mince et sans papilles. Pus clair dans la trompe, qui présente des nodules fibroïdes multiples.

Observation III

(Inédite. — Due à la bienveillance de M. le professeur Tédenat)

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Trois ponctions antérieures. — Adhérences. — Suppuration. — Extirpation du kyste. — Guérison *per primam*. (Observation recueillie par Lapalle).

Marthe Anc .., domestique à Arles, 46 ans. Entrée le 12 décembre 1886 dans le service de M. Tédenat, hôtel Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

Il y a trois ans, tumeur occupant la partie inférieure gauche de l'abdomen. Elle augmente progressivement de volume, sans douleurs, et devient peu à peu médiane.

Il y a un an, ponction qui donne 8 litres de liquide jaune clair, visqueux.

Trois mois après, deuxième ponction de 5 litres de liquide semblable à celui de la première ponction.

Au commencement de septembre 1886, troisième ponction, qui donne 4 litres de liquide couleur chocolat ; la tumeur diminue environ de moitié. A la suite de cette ponction, la malade eut, pendant dix jours, des douleurs lancinantes dans le ventre, des nausées pénibles, du ballonnement. Elle entre à l'hôpital à cause de l'augmentation du volume de l'abdomen, qui reste douloureux. Elle a aussi perdu l'appétit, a de petits frissons de temps en temps.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Réglée à 13 ans, menstruation irrégulière, se prolongeant de 10 à 15 jours, supprimée depuis 4 mois. Non mariée, pas de grossesse.

A l'entrée de la malade, on note : tumeur arrondie avec quelques bosselures, un peu plus développée à gauche de la ligne médiane, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Un peu d'ascite. Culs-de-sac vaginaux libres.

15, 16, 17 décembre. — Douleurs de ventre lancinantes, coliques intestinales avec cinq à huit selles par jour. Pouls varie entre 90 et 110. Température 37°8, 38°4, 38°6.

18 décembre. — Ovariotomie aseptique. Adhérences étendues à la paroi abdominale, fermes. Il y faut par endroits employer les ciseaux et placer cinq ligatures. Adhérences molles à l'S iliaque. Pédicule long de 6 centimètres, large de 4 centimètres, épais de 1 centimètre. Nœud de Lawson Tait, section au thermocautère et péritonéïsation. Suture à anse unique à la soie. Neuf points à la suite de l'opération. Le pouls tombe à 75-90. La température oscille entre 37°5 et 38°2. Vomissements chloroformiques pendant la journée de l'opération.

28 décembre. — Réunion parfaite, apyrexie, bien-être, selles faciles.

La malade quitte l'hôpital le 15 janvier 1887.

Examen des pièces. — Une grande poche de 10 litres contenant un liquide visqueux, couleur chocolat. A son intérieur trois masses dont le volume varie de une grosse noix à un œuf de poule, paraissant solides, mais à la coupe on y voit de menus kystes à contenu jaune clair. Tractus fibreux disséminés et courts, faisant saillie à la face interne de la paroi. Cette poche est séparée par une cloison complète d'une poche de la contenance de 1 litre, remplie de pus franc. La trompe épaissie et contenant une collection purulente du volume d'une noix, adhère à cette petite

poche purulente. — C'est sur la grande cavité qu'avaient porté les ponctions. — L'infection de la petite cavité kystique paraissait provenir du pyosalpinx.

Observation IV

(Tédenat. — Thèse de Théophilidés)

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit. — Perforation étroite fermée par des adhérences épiploïques.— Torsion du pédicule – Ovariotomie.— Mort.

A. J..., 28 ans, demeurant à Florensac, entre à l'hôpital le 3 août 1894, au numéro 4 de la salle Fuster, dans le service de M. le professeur Tédenat.

Rien d'important à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade. Sa santé générale a été bonne jusque il y a trois ans. Réglée à 16 ans, abondamment pendant trois ou quatre jours, avec quelques douleurs. Elle a souvent eu des pertes blanches et des caillots sanguins.

Mariée à 18 ans, elle a eu trois accouchements à terme et normaux. Depuis le dernier, qui remonte à trois ans, douleurs fréquentes dans le flanc droit, qui est un peu tuméfié. Les règles ont continué a être régulières, mais plus abondantes. Elles durent six ou huit jours.

Il y a un mois, des douleurs violentes surviennent brusquement dans le côté droit du ventre, ne tardent pas à s'étendre à toute la région sous-ombilicale. Elles s'accompagnent de nausées, de constipation, de ballonnement.

Cette poussée péritonique dure une dizaine de jours et alors on constate l'existence d'une tumeur occupant la moitié inférieure droite du ventre, dépassant un peu la ligne médiane.

Abdomen endolori, constipation, perte d'appétit; le 3 août, la malade est amaigrie, les pommettes rouges, d'aspect cachectique, fièvre continue, pouls à 100.

Douleurs vives au niveau de la tumeur. Le ballonnement, la sensibilité de l'abdomen rendent l'examen difficile. On sent pourtant une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'adulte avec un peu d'ascite. L'utérus est mobile et en rétroversion. La tumeur occupe la moitié droite, sa partie supérieure dépasse l'ombilic, sa partie interne dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane. Sécrétion urinaire, diminuée, 500 grammes d'urine avec 8 grammes d'urée totale.

6 août. — Laparatomie. Adhérences avec l'intestin récentes, faciles à décoller, avec points purulents. L'épiploon adhère à la partie supérieure de la tumeur sur une surface de cinq à sept centimètres carrés, rouges, avec îlots de pus. Une masse épiploïque, du volume de deux poings, durcie par l'inflammation, est réséquée et extirpée avec la tumeur dont le pédicule long de six centimètres, épais de deux centimètres, a subi une torsion complète.

Toilette minutieuse du péritoine infecté depuis quelques semaines, comme le prouvent les lésions suppuratives ci dessus décrites, suture avec application d'un Mickulicz. La malade succombe vingt-quatre heures après l'opération.

Examen de la pièce.— Poche à une seule loge, à parois épaisses, de trois à cinq centimètres selon les points. Dans son épaisseur existent de nombreuses plaques calcaires, faisant saillie à sa face externe.

La cavité est remplie de pus fétide, de matière sébacée et de poils. La face interne présente une plaque dure d'aspect cartilagineux, dans laquelle s'implante une dent ayant la forme d'une canine. Cette plaque a deux centimètres d'épaisseur, cinq centimètres de longueur,

quatre de largeur ; elle adhère solidement à du tissu fibreux, épais, mêlé de lobules adipeux. Un peu en dehors d'elle existent deux saillies mamelonnées, hérissées de papilles.

Dans les espaces interpapillaires s'attachent une vingtaine de gros poils longs.

La poche présente une perforation de un centimètre de long, de 2 millimètres de large, oblitérée par les adhérences épiploïques. A ce niveau la trompe, remplie de pus, adhère à la fois à l'épiploon et à la paroi kystique. La partie interne de la trompe est épaissie, mousse, spiralée.

Il est probable que l'infection du kyste s'est faite par le pyosalpinx et que les accidents péritonitiques survenus un mois et demi avant l'opération sont dus à l'action combinée de la torsion et de l'infection salpyngienne.

Observation V

(Mauclaire. — *Annales de gynécologie*, 1901).

Kyste de l'ovaire suppuré avec ouverture dans le vagin. — Rupture imminente du kyste dans la cavité péritonéale. — Laparatomie. — Guérison, malgré l'issue du contenu dans la cavité péritonéale.

Femme âgée de 69 ans. Trois grossesses normales. Ménopause à l'âge de 48 ans. Depuis neuf mois, l'abdomen a augmenté de volume. Le 27 mars 1900, la malade a remarqué qu'elle perdait par le vagin un liquide roussâtre. Ces pertes étaient presque continuelles ; la malade était obligée de se garnir constamment. Cet état persiste depuis six mois. La malade entre, le 1er août 1900, dans le service de M. le professeur Le Dentu, que nous remplaçons à l'hôpital Necker.

Actuellement, le ventre est énorme, globuleux, mais l'augmentation de volume porte surtout sur le côté gauche et remonte au-dessus de l'ombilic. A la palpation, la fluctuation est évidente ; la consistance est la même partout. La tumeur descend jusque dans le petit bassin, dans lequel elle est enclavée. A la percussion, la matité est régulière sur la tumeur ; l'intestin est repoussé à droite. Il ne semble pas y avoir d'ascite. Au toucher vaginal le cul-de-sac postérieur bombe légèrement. Au spéculum, on constate l'existence d'un petit orifice dans le cul-de-sac latéral gauche. Par cet orifice, s'écoule un liquide jaunâtre teinté de sang, En pressant sur le ventre, le liquide sort assez abondamment. Pas de troubles urinaires. Quelques vomissements verdâtres depuis quelques jours. Etat général assez bon, mais température 38°.

Le 2 août, la malade, qui se laisse très mal explorer, est endormie ; nous essayons de cathétériser le trajet et de mettre un drain ; l'hystéromètre pénètre très à fond ; il n'en sort pas plus de liquide pour cela. Nous introduisons un drain dans le trajet fistuleux.

3 août. — Vomissements, température 39°5 , sensibilité assez marquée du ventre.

8. — Amélioration de la réaction péritonéale. Dès lors, l'intervention par la voie haute s'impose, malgré l'âge avancé de la malade.

12. — Laparatomie. Pas d'ascite. Le grand épiploon est étalé au devant de la tumeur et adhérent en plusieurs places à la face antérieure du kyste. En détachant très doucement une de ces adhérences, qui n'était pas très résistante, la poche s'ouvre brusquement dans la cavité péritonéale. A ce niveau de la rupture la paroi présentait à peine 2 millimètres d'épaisseur. Elle était rougeâtre et congestionnée. Le liquide kystique, 5 ou 6 litres approxi-

mativement, est grisâtre et nettement purulent. Les anses intestinales ont été en contact avec le liquide purulent. Celui-ci est enlevé avec des compresses stérilisées ; le petit bassin est bien essuyé à plusieurs reprises. Ablation du kyste. Dans cette manœuvre on ne trouve plus l'orifice de communication avec le vagin et, étant donné l'irruption du liquide dans le péritoine, je ne m'attarde pas à le rechercher longtemps. Il n'y avait pas d'adhérences entre le kyste et l'intestin. Avec un mickulicz on draine le pelvis au niveau du cul-de-sac de Douglas. Notons que nous n'avons pas fait de lavage de la cavité péritonéale, mais un minutieux essuyage. Quant au vagin, il avait été au préalable bien désinfecté et tamponné à la gaze iodoformée.

13. — La température est tombée à la normale. Pas de réaction abdominale.

14. — Les suites opératoires furent très régulières et la guérison complète très rapide.

En examinant les parois de la pièce, on constate que le point si peu épais de la paroi était aussi large que la pomme de la main. La rupture spontanée était à notre avis imminente. Ailleurs, l'épaisseur des parois est d'un demi-centimètre environ, c'est-à dire normale. Impossible de retrouver en bas le point de communication avec le vagin. Nous n'avons pu avoir un examen histologique de la paroi kystique ; comme celle-ci était relativement peu épaisse, nous pensons avoir eu affaire à un kyste séreux et non à un kyste dermoïde Le liquide n'était pas huileux et ne contenait pas de matière sébacée, ni des débris de poils, ni des tissus.

Observation VI

(Mauclaire. — *Annales de gynécologie*, 1901)

Kyste para-ovarien intraligamentaire à contenu purulent et aseptique.

G. N,.., âgée de 26 ans, entre le 1er juin 1901 dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat.

Cette femme a eu son deuxième enfant, il y a 19 mois, sans complications. Il y a 3 mois, survinrent des douleurs pelviennes, surtout marquées à droite.

Depuis 2 mois, les règles sont supprimées et la malade se croit de nouveau enceinte. Il y a 3 semaines apparaissent des crises de douleurs pelviennes très vives au point de supprimer le sommeil et accompagnées de diarrhée. Nouvelles crises, il y a deux jours, accompagnées de fièvre, 39°8.

A l'examen local, on trouve l'abdomen un peu distendu, sensible à la palpation, surtout à droite ; au toucher vaginal, l'utérus est repoussé un peu à gauche par une masse latéro-postérieure douloureuse au toucher.

Etant donnés les antécédents sus-indiqués, nous pensons volontiers à une hématocèle rétro-utérine. Laparatomie, le 15 juin. On tombe sur une masse englobée dans le ligament large droit. Cette masse, du volume de deux poings d'adulte réunis, est un kyste intraligamentaire: L'énucléation fut facile. Nous sommes étonnés, en faisant ouvrir la poche, de trouver du pus verdâtre comme de la purée de pois. Par mesure de précaution, nous mettons un drainage à la Mickulicz. Il n'y avait aucune adhérence intestinale, appendiculaire, ou autre. La trompe droite paraissait saine. Dès le lendemain la température tomba et les suites de l'opération furent normales.

Disons, enfin, que la malade était entrée tout d'abord dans un service de médecine avec le diagnostic d'appendicite.

Examen de la pièce. — Les parois de la poche sont régulières et peu épaisses : pas de trace de tissus pouvant faire croire macroscopiquement à un kyste dermoïde. Pas d'examen histologique.

Au point de vue bactériologique : nombreux globules de pus. Deux cultures sur gélose et sur bouillon ont donné un résultat négatif.

Observation VII

(Traduite et résumée d'après Pit'ha, *Centralblatt für Gynækologie*, 1897)

La malade, B. J., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 6 février 1897.

Réglée depuis 14 ans ; menstruations irrégulières ; il y a deux ans, absence des règles pendant six mois. Il y a quatre mois, la malade a eu la fièvre typhoïde, qui l'a obligée de garder le lit pendant quatre semaines. Dans la dernière semaine de la maladie, la malade a remarqué une grosse tumeur douloureuse du côté droit de l'abdomen.

Etat actuel. — La malade est faible, fortement anémique. Poumon et cœur normaux. Pas d'albumine ; température normale, pouls accéléré.

L'abdomen est distendu par une tumeur qui siège plutôt du côté droit et plonge dans le bassin. L'examen par le vagin ne peut pas se faire, la malade étant vierge. L'exploration par le rectum montre que tout le petit bassin est rempli par la tumeur.

21 février. — Anesthésie. Opération. Ponction de la

tumeur à travers la paroi abdominale avec une aiguille de Pravaz : petite quantité de pus. L'examen microscopique, pratiqué sur-le-champ, montre de nombreux globules de pus : pas de microbes.

Dilatation de l'hymen, ponction de la tumeur par le cul-de-sac postérieur avec un fin trocart. Le pus est recueilli dans des éprouvettes. Ouverture de la tumeur avec un thermocautère : 3 litres de pus contenant des cheveux.

Diagnostic : kyste dermoïde suppuré.

On ne peut pas penser à l'extirpation par le vagin. Lavage de la cavité kystique avec de l'eau bouillie; le vagin est rempli de gaze iodoformée.

Laparatomie. La tumeur siège derrière l'utérus ; nombreuses adhérences avec les parois du bassin ; extirpation difficile, la tumeur étant enclavée dans le Douglas. Ligature du pédicule. Pansement.

La malade sort le 16 mars.

Examen de la pièce. — Kyste dermoïde multiloculaire. La paroi kystique est épaissie, avec nombreux points de nécrose.

Les ensemencements sur différents milieux de culture ont permis de déceler le bacille typhique avec tous ses caractères morphologiques.

Observation VIII

(Due à la bienveillance de M. le professeur Tédenat)

Kystes dermoïdes de deux ovaires.— Suppuration du kyste droit adhérent à l'appendice suppuré. — Laparatomie. — Excision de deux kystes.— Appendicectomie. — Guérison.

Marie Rouv..., 33 ans, ménagère, entre le 3 mai 1891 dans le service de M. Tédenat. De bonne constitution,

sans antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, règles toujours abondantes avec caillots, durant huit à dix jours, régulières, souvent douloureuses. Mariée à 21 ans, elle n'a jamais eu de grossesse.

Il y a cinq ans, elle a vu son ventre grossir; les règles n'ont pas subi de modifications. Mictions plus fréquentes : huit à dix le jour, trois ou quatre la nuit.

Il y a trois mois, douleur subite dans le côté droit du ventre, généralisé après quelques heures, vomissements répétés pendant deux jours, ballonnement du ventre. Cette crise de péritonite s'est éteinte, mais imparfaitement, après une dizaine de jours. Il est resté de l'endolorissement du ventre, de la constipation.

Il y a un mois, nouvelle crise analogue à la précédente. La malade a gardé le lit avec des nausées fréquentes, de l'inappétence, une sensibilité générale de tout le ventre, de petits frissons de temps en temps tantôt le matin, tantôt et plus souvent le soir.

4 mai. — Malade amaigrie, pâle, avec de la rougeur aux pommettes, langue rouge. Pouls à 120. T. 38°5.

Ventre tuméfié. On sent une tumeur à deux lobes de chaque côté de la ligne médiane. Cul-de-sac postérieur libre. Utérus un peu fixé. Les douleurs rendent l'exploration difficile. M. Tédenat diagnostique kyste de l'ovaire probablement à pédicule tordu. A cause de la position superficielle, il pense à un kyste dermoïde. En faveur de ce diagnostic, il invoque l'ancienneté de la tumeur, qui paraît remonter à cinq années.

8 mai. — Laparatomie. Quelques adhérences du grand épiploon un peu induré, mais faciles à décoller. Trois ligatures. Kyste de l'ovaire gauche du volume de deux poings à long pédicule cylindroïde facile à lier. Il est constitué par une poche unique contenant de nombreux

poils et deux dents incluses dans une masse oniforme irrégulière. Kyste droit adhérent au cœcum. L'appendice lui adhère sur une longueur de trois centimètres. A l'union du kyste et de l'appendice, adhérences de couleur gris-jaunâtre, sous lesquelles on voit du pus. M. Tédenat sèche cette surface, remonte à l'origine de l'appendice qu'il lie au ras du cœcum et coupe au thermo-cautère entre deux ligatures. Le moignon est cautérisé, inversé et enfoui sous un surjet de la paroi cœcale. Il peut alors amener au dehors le kyste et l'appendice y adhérent. Ligature facile du pédicule mince et long de quatre centimètres.

Suture à deux plans de la paroi. Pas de réaction, le pouls tomba dès le lendemain à 90, la température resta au-dessous de 37°6. Réunion parfaite le 22 mai. La malade quitta l'hôpital le 6 juin.

Le kyste ovarien droit était un kyste dermoïde auquel étaient annexées trois poches de kystes mucoïdes. Dans le kyste dermoïde, un litre de pus franc, sans odeur, poils en touffe, blocs cartilagineux multiples.

En divisant l'appendice suivant son axe, on y constata une collection de pus dans une poche du volume d'une noix occupant l'extrémité distale de l'appendice qui était perforée, de telle sorte que la paroi du kyste formait une partie de la paroi de l'abcès. La perforation avait un centimètre de diamètre.

Observation IX

(Service de M. le professeur Tédenat. — Recueillie par M. le Dr Soubeyran, chef de clinique).

Kyste de l'ovaire suppuré.— Laparatomie.— Chute du pus dans le péritoine.— Guérison rapide et complète.

N. A..., entre à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen, 15 juillet 1902.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; femme robuste antérieurement. Réglée à 19 ans ; durée ordinaire des règles, deux jours. Règles peu abondantes, sans caillots avec douleurs abdominales. Pas de leucorrhée antérieure, pas de fausse couche. Il y a deux mois, elle accoucha d'une fillette, la grossesse très bonne et la malade ne s'était pas aperçue auparavant de la moindre tumeur abdominale. Elle accouche à terme ; l'accouchement fut normal. Elle resta cinq jours au lit, se leva le sixième, resta levée deux jours, puis se recoucha ; elle perdit en rouge trois à quatre jours. Vers le huitième jour, une infection se déclare avec 40° et 41°. Depuis lors elle est restée au lit. Après ses couches, la malade s'aperçut que son ventre restait gros ; depuis il paraît ne pas avoir grossi davantage. Elle souffre de temps en temps du ventre, jamais violemment.

Les règles sont revenues trois semaines après (retour des couches) et ont duré deux jours, assez fortes. Depuis lors, elle ne perd ni en blanc, ni en rouge.

La malade a fort maigri, n'est pas affaiblie et a tous les jours des frissons et de la fièvre. Elle a de la diarrhée fréquemment.

État actuel. — Femme amaigrie, pâle, faible Cœur normal. Pouls 130, petit, mou. Température 38°8. Ne tousse pas. Urines peu abondantes, miction indolore. Appétit nul. Elle a la diarrhée, deux à trois selles par jour.

Examen. — Kyste ovarique fluctuant, médian, dépassant l'ombilic de deux à travers de doigt. Ascite légère. On sent par dépression brusque la poche liquide.

Au toucher vaginal : utérus encore un peu volumineux.

Traitement. — On s'efforce de remonter la malade avant de l'opérer : bouillon, lait, lavements salés ; décoction de quinquina, cachets de quinine.

20 juillet. — La malade a la diarrhée. On prescrit du bismuth.

24. — La diarrhée continue. La malade est plus forte. Urines meilleures, plus riches en urée.

Analyse d'urine du 17 au 24 juillet

Juillet 1902	17	18	19	21	22	23	24
Quantité envoyée	800	320	700	1500	1600	1700	1050
Densité	1010	1011	1012	1005	1006	1005	1007
Réaction.	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide
Urée (par litre) .	10 gr·4	15 gr·8	16 gr·	6 gr·41	7 gr·42	6 gr·23	8 gr·01

26 juillet. — Opération. Anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane. On tombe sur un kyste de l'ovaire assez volumineux, ascite légère ; il est ponctionné au trocart, après protection de l'abdomen par des compresses. Il s'écoule un pus abondant (2 litres), blanchâ-

tre, bien lié, sans odeur. Le pus fuse sur les côtés du trocart, envahit le champ opératoire et l'abdomen ; on s'efforce d'enlever la poche ; celle-ci, friable, épaisse, se déchire facilement. Ligature du pédicule. Ablation complète de la poche dont quelques points adhèrent à l'intestin et surtout à l'épiploon. On touche le moignon au thermocautère. L'utérus et les annexes sont sains. Grands lavages de l'abdomen à l'eau salée (15 litres). Suture, drainage avec un tube, pansement.

Il reste de l'eau en quantité dans l'abdomen.

27. — La malade va mal.

28. — Le pouls est petit, facies grippé, langue sèche, bouche fuligineuse ; vomissements fréquents. On fait une injection de sérum (un litre) et de la strychnine.

29. — La malade a eu un lavement purgatif et a rendu des matières. Elle a fait des gaz. Le ventre est météorisé. Injection intra-veineuse du sérum.

30. - La malade va mieux. Le facies est meilleur. Elle se sent plus forte. La température est tombée. Pouls, 108, assez fort.

5 août. — Pansement quotidien. Drainage avec un tube. Ecoulement abondant. Lavage à l'eau salée carbonatée. Etat général très amélioré. Urines beaucoup plus abondantes (un litre).

18. — La malade est hors de danger, mange bien et va à la selle tous les jours. Le ventre n'est plus volumineux, le péritoine est fermé, le facies bon et engraissé.

1er septembre. — L'opérée quitte l'hôpital complètement guérie, en excellent état.

Observation X

Service de M. le professeur Tédenat. — Recueillie par M. le Dr Soubeyran, Chef de clinique

Kyste de l'ovaire suppuré, inclus. — Adhérences solides et nombreuses. — Mort dans une cachexie profonde six semaines après l'opération.

Marie M..., ménagère, entre à l'hôpital le 13 novembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 90 ans ; mère bien portante ; une sœur également ; une autre sœur morte d'une tumeur abdominale, opérée à Lyon à 50 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; femme peu robuste, pâle, anémique, amaigrie, ayant les pieds froids ; pas de céphalée.

Réglée à 15 ans, elle fut toujours bien réglée jusqu'à la maladie actuelle ; durée habituelle quatre ou cinq jours, assez forte, sans caillots et sans douleurs. Leucorrhée habituelle. Elle n'a jamais souffert dans le bas-ventre avant la maladie actuelle.

Mariée à 22 ans ; pas de fausse couche ; deux grossesses à terme, accouchements normaux, enfants morts tous deux à l'âge de 15 jours et 6 semaines. Suites de couches normales.

Le premier accouchement à 23, le deuxième à 25 ans.

La malade s'est aperçue, il y a dix mois, que son ventre grossissait, mais depuis trois mois le volume du ventre a un peu diminué. Les règles, qui n'avaient pas augmenté d'abord, sont devenues très fortes depuis 10 semaines seulement, durant dix jours en moyenne ; la malade perd abondamment avec des caillots assez gros (comme des noyaux).

Dans l'intervalle des règles, elle perd quelquefois en rouge, mais en assez petite quantité.

Enfin la malade ressent des douleurs dans les deux fosses iliaques : ces douleurs sont supportables, jamais de grosses coliques.

Ajoutons qu'elle a eu une grosse perte blanche au début de sa maladie qui dura un mois; depuis lors elle perd un peu en blanc.

Il y a trois mois, notre malade a eu des douleurs ; le médecin qui la soignait attribua ces douleurs à un commencement d'accouchement.

Cet état dura un jour et, à la suite, le ventre diminua fortement de volume.

La malade souffre encore un peu du côté du sacrum et des cuisses.

Etat actuel. — La malade a beaucoup maigri, dit-elle. Elle est pâle.

Cœur précipité, quelques pulsations, pouls : 120. Poumon normal. Appétit médiocre, grande soif, diarrhée depuis la maladie, deux ou trois selles par jour. Urine peu abondante, pas de fréquence.

Examen : le ventre est saillant sur la ligne médiane. La tumeur, dure, remonte à l'ombilic; elle est mobile, mate. Au toucher, le col est ramolli, entr'ouvert ; la tumeur fait corps et se meut avec l'utérus d'une façon très nette.

On fait prendre à la malade deux lavements par jour.

22 novembre. — Laparatomie. Anesthésie à l'éther.

A l'incision de la paroi, les muscles apparaissent grisâtres, infiltrés et durcis, comme au voisinage d'une collection.

Le péritoine, extrêmement épaissi, est enfin ouvert et il s'écoule un flot de pus très épais et blanc-verdâtre. Ce

pus est renfermé dans une poche qui remonte à l'ombilic et tient tout le bassin.

Cette poche est irrégulière, diverticulée ; sa paroi, entièrement épaissie (de 1 à 2 centimètres), est adhérente à tous les organes voisins : intestin, péritoine pariétal, utérus, vessie.

La vessie, fixée très haut et comprise dans les fausses membranes, est ouverte ; un surjet la ferme ; elle se déchire de nouveau à côté, on remet un autre surjet. M. Tédenat essaye de décortiquer la poche, mais ceci est extrêmement pénible; l'S iliaque est déchirée en deux points et suturée aussitôt. Des parcelles volumineuses de membranes sont amenées au dehors ; mais on ne peut songer à tout enlever.

Pour se reconnaître dans ce magna pelvien, M. Tédenat, à l'exemple de Faure, attaque l'utérus et l'enlève; le vagin est ouvert. Lavage à l'eau salée chaude (de Tavel). Drainage avec cinq nappes de gaze iodoformée. Suture de la paroi à deux plans laissant la partie inférieure de la plaie ouverte.

L'opération a duré une heure et demie.

On fait aussitôt une injection de sérum et de caféine. L'opérée, pâle, se réveille bien.

La poche est très épaisse, dure, blanchâtre et dépolie à sa partie interne, rappelant peut-être un kyste dermoïde.

23 novembre. — Nuit calme, facies bon. Pouls : 130. Elle a uriné 500 centimètres cubes d'urines rouges par sa sonde. Deux injections de sérum de 500 centimètres cubes. Pas de vomissements.

24. — La malade a l'œil vif, elle a fait des gaz ce matin, ne souffre pas et repose la nuit. Pouls assez ferme. Pas

de vomissements. Urines, 500 grammes environ, rouges, chargées de phosphates.

25. — Nuit bonne; la malade a dormi, facies bon, ne souffre pas.

T. 39°3. Pouls, 124, bien frappé. Une selle la veille au soir, après le lavement glycériné, une autre ce matin.

26. — Facies légèrement cerné ; nuit bonne ; deux injections de sérum (500 cc.). Une piqûre de morphine. Deux selles hier soir ; pas de ballonnement abdominal. Pouls bon.

28. — La malade a eu hier deux vomissements verdâtres ; elle a eu deux selles ; facies un peu cerné. Pouls 132. T. 39°2. Urines, 750 cc., foncées.

Premier pansement. Ablation de mèches abdominales ; lavages à l'eau de Tavel, injection vaginale. Bon aspect de la plaie. L'abdomen est météorisé autour de l'ombilic.

29. — La malade perd ses matières fécales par le vagin : fistule stercorale. La plaie a bon aspect. L'état général se maintient, elle n'a plus vomi.

1er décembre. — La malade a une chute de température. Le facies est bon.

2. — L'état général se maintient toujours. Facies bon.

La malade émet ses matières par le vagin ; elle urine par la sonde à demeure. Mais le liquide du lavage vésical ressort par la plaie périnéale.

10. — La malade ne progresse pas. Elle prend assez de lait ; on lui donne des lavements, elle va un peu par l'anus. La plaie se cicatrise lentement.

3 janvier. — Le facies se cerne. T. 38°6 le soir. La malade décline.

7. — Mort dans une cachexie profonde.

L'examen bactériologique du pus retiré pendant l'opéra-

tion, a été fait par M. le professeur-agrégé Moitessier. En voici le résultat :

Ce pus a donné par ensemencement dans les divers milieux des colonies et des cultures de staphylocoques. les microbes sont rares dans le pus. A l'examen direct des préparations du pus colorées par la méthode de Gram ou par le bleu, on n'aperçoit que quelques rares formes microbiennes.

La recherche directe du bacille de Koch, par les procédés de coloration, a donné un résultat négatif.

CONCLUSIONS

1° La suppuration des kystes de l'ovaire est connue depuis peu de temps ; c'est une complication grave, mais heureusement peu fréquente.

2° Elle est due à la pénétration dans l'intérieur du kyste des agents pyogènes.

3° *a*) Ceux-ci arrivent dans le kyste directement du dehors : à l'occasion d'une ponction, d'une incision, d'un drainage.

b) Ils se trouvent déjà dans l'organisme normalement (intestin, etc.), ou à la suite d'un état pathologique général ou local. Dans ce dernier cas, ils suivent l'une des trois voies différentes.

4° Le diagnostic différentiel avec d'autres affections pelviennes (surtout dans les cas où le kyste est petit) est très difficile.

5° La terminaison est presque toujours fatale si l'on n'intervient pas.

6° Le seul traitement radical est l'extirpation complète de la tumeur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouilly. — De la suppuration des kystes de l'ovaire (la Gynécologie, 1896, p. 193).

Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

Féraud. — Kystes suppurés de l'ovaire. Th. Bordeaux, 1897.

Fritsch. — Traité des maladies des femmes, trad. fr., 1898.

Gallez. — Histoire des kystes de l'ovaire, 1873.

Greene-Cumston.— Septic infection of ovarian cystoma, *Amer. journal of obstetr.*, 1898.

Henricius. — De l'infection des kystes de l'ovaire. Annales de Gynécologie, 1897.

Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires, 1879.

Lemoine. — La suppuration des kystes de l'ovaire. Th. Lyon, 1903.

Mangold. — Ueber die infection der ovarial Eystome. Inaug. diss., Basel, 1895.

Martin (A.). — Krankheiten der Weiblichen Adnexorgane. Leipzig, 1899, t. II.

Mauclaire. — Annales de Gynécologie, 1901.

Michel. — Appendicite et suppuration des kystes de l'ovaire, *Bulletin Médical*, 1900.

Olshausen. — Die Krankheiten der Ovarien, 1886.

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale, 1888-94.

Pfannenstiel. — In Veit's Handbuch der Gynaekologie, t. III.

Pit'ha. — Kasuisticher Beitrag zur posttyphösen Eiterung in Ovarialcysten. *Centralblatt für Gynaekologie*, 1897, n° 37.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Schwartz. — Annales de gynécologie, 1897.

Second. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Spencer-Wells. — Traité de chirurgie abdominale, tr. franç. 1886.

Terrier. — *Revue de Chirurgie*, 1885.

Terrillon. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Revue de chirurgie*, 1887.

Théophilidès. — Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Th. Montpellier, 1898.

Troin. — Des kystes de l'ovaire dans la grossesse. Th. Montpellier, 1902.

Waite-Mary. — Contr. à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. Th. Paris, 1883.

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 16 mars 1903.

Le Recteur :

A. BENOIST.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 16 mars 1903

Le Doyen :

MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !